Bijlage 1 Resultaten onderzoeken risicoverevening

In paragraaf zes heb ik toegelicht dat afgelopen jaar een ambitieus onderzoeksprogramma is uitgevoerd en heb ik de resultaten van twee onderzoeken beschreven, die ik op verzoek van de Tweede Kamer heb laten uitvoeren. In deze bijlage ga ik in op de resultaten van de overige onderzoeken. Daarbij houd ik de volgorde aan zoals ik die ook in het SO "Onderzoeken risicoverevening" had opgenomen, gegroepeerd naar: verbetering van de bestaande vereveningskenmerken, optimalisatie van de risicoverevening voor wijkverpleging, optimalisatie van de risicoverevening voor de langdurige en geneeskundige GGZ, onderzoek dat gedaan wordt in het kader van tegengaan van risicoselectie, onderzoek in het kader van de jaarlijkse herijking van de risicovereveningsmodellen en systematische evaluaties van het risicovereveningssysteem.

Verbetering van bestaande vereveningskenmerken

Verbetering farmaciekostengroepen (door SiRM)
Bij de verbetering van de farmaciekostengroepen (FKG's) is onderzocht of de huidige vormgeving van de FKG's nog up to date is. Bekeken is of via geneesmiddelengebruik nieuwe chronische aandoeningen kunnen worden geïdentificeerd en bestaande compensaties kunnen worden verbeterd. Het onderzoek toont aan dat er aanzienlijke verbeteringen van de risicoverevening mogelijk zijn door toevoeging van nieuwe FKG's en splitsing of uitbreiding van de bestaande FKG's. Hierdoor verbetert de compensatie van verzekeraars voor chronisch zieken. Deze verbeteringen worden meegenomen in de vereveningsmodellen voor 2016.

Verbetering diagnosekostengroepen (door iBMG)
Net als bij de FKG's dienen op basis van nieuwe ontwikkelingen nieuwe DKG's ontwikkeld te worden. Met de verbetering van de diagnosekostengroepen (DKG's) is het streven nieuwe verzekerden met chronische aandoeningen te identificeren op basis van behandelingen in het ziekenhuis. Uitkomst van het onderzoek is dat er inderdaad verbeteringen in het model mogelijk zijn, waardoor de compensatie van verzekeraars voor hun chronisch zieken verbetert. Er zijn aandoeningen die nagenoeg alleen bij bepaalde leeftijdsgroepen voorkomen (denk aan kindergeneeskunde, CVA). Daarom wordt in de vernieuwde DKG's bij een beperkt aantal aandoeningen naar leeftijd gedifferentieerd. De belangrijkste zijn fracturen bij ouderen (65 jaar en ouder) met een invaliderend karakter.

Verbetering aard van inkomen, sociaal economische status en personen per adres (door SiRM)
In paragraaf 6 reeds toegelicht.

Optimalisatie van de compensatie voor kosten van verpleging en verzorging

Leeftijdsafhankelijkheid van morbiditeit (twee onderzoeken door Milliman)
De vereveningsmodellen waren niet goed in staat de zorgkosten van chronisch zieke ouderen te voorspellen. In 2015 is het vereveningskenmerk generieke somatische morbiditeit (GSM) ingevoerd om de compensatie van chronisch zieken te verbeteren. Dit was bedoeld als eerste stap om de compensatie van verzekeraars voor chronisch zieken en ouderen te verbeteren. Onderzocht is allereerst of het mogelijk en wenselijk is om de bestaande morbiditeitkenmerken naar leeftijd te differentiëren. Uit het onderzoek blijkt dat dit onvoldoende meerwaarde heeft. De leeftijdsafhankelijkheid van de zorgkosten komt al tot uitdrukking in het vereveningskenmerk leeftijd/geslacht.

Vervolgens is in een tweede onderzoek naar alternatieven gekeken: het bestaande vereveningskenmerk GSM verfijnen of alleen onderscheid naar leeftijd maken bij de "gezonde" verzekerden (in de zogenoemde afslagklasse). Oudere gezonde verzekerden worden nu namelijk fors overgecompenseerd door het vereveningskenmerk leeftijd/geslacht. Uit het onderzoek komt naar voren dat het leeftijdsafhankelijk maken van de afslagklasse voor "gezonde" verzekerden geen meerwaarde biedt. De verfijning van GSM heeft dat wel. De verfijning impliceert een

uitbreiding van twee naar vijf leeftijdscategorieën. Daarnaast wordt onderscheid gemaakt tussen mensen met nul, één of meerdere morbiditeitkenmerken. Dit laatste kan worden gezien als een indicator voor comorbiditeit. Door de verfijning van het kenmerk verdwijnen de bestaande over- of ondercompensaties bij de vijftien onderscheiden groepen.

Uitbreiding somatische model met kosten wijkverpleging (door Significant)[1]
Gegeven de wens om de voorspelling van kosten voor wijkverpleging te verbeteren, is in dit onderzoek gekeken naar het effect van het samenvoegen van het bestaande model voor wijkverpleging met het somatische model. Ook is hierbij nagegaan in hoeverre een extra regiokenmerk specifiek voor de kosten van wijkverpleging de werking van het vereveningsmodel verbetert. De verevenende werking neemt licht toe als de modellen worden samengevoegd. De toegevoegde waarde van een regiocriterium voor wijkverpleging in een samengevoegd model is beperkt. Bovendien kleven er nadelen aan. Zo kan het toepassen van het criterium – wanneer het werkgebied van een verzekeraar sterk samenhangt met een zorgkantoorregio – ertoe leiden dat de ‘winsten’ die een verzekeraar maakt op de somatische zorg worden afgeroomd.

Voorspellende waarde gebruik wijkverpleging in een voorgaand jaar (door iBMG) Uit eerder onderzoek bleek dat verzekerden die gebruik maken van wijkverpleging in een voorgaand jaar voorspelbaar verlieslatend zijn. Daarom is een onderzoek gedaan naar de effecten van opname van een vereveningskenmerk gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging in een vorig jaar. Hiermee worden vooral chronische zieken geïdentificeerd die structureel gebruik maken van wijkverpleging.

Uit het onderzoek blijkt dat uitbreiding van het risicovereveningsmodel met een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van wijkverpleging in een voorgaand jaar een duidelijke verbetering van de verevenende werking oplevert. Ook neemt dit vereveningskenmerk de ondercompensatie van duizenden euro’s weg van de groep van bijna een half miljoen gebruikers van wijkverpleging in het voorgaand jaar. Hierdoor is deze groep niet langer voorspelbaar verliesgevend en verdwijnt dus de prikkel tot risicoselectie.

Voorspellende waarde gebruik geriatrische revalidatiezorg in een voorgaand jaar (door Significant)
Uit eerder onderzoek bleek dat verzekerden die gebruik maken van geriatrische revalidatiezorg in een voorgaand jaar voorspelbaar verlieslatend zijn. Daarom is een onderzoek gedaan naar de effecten van opname van een kenmerk gebaseerd op gebruik van geriatrische revalidatiezorg in een vorig jaar in het vereveningsmodel. Hiermee worden vooral chronische zieken geïdentificeerd die structureel gebruik maken van geriatrische revalidatiezorg. Uit het onderzoek blijkt dat uitbreiding van het risicovereveningsmodel met een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van geriatrische revalidatiezorg in een voorgaand jaar geen duidelijke verbetering van de verevenende werking oplevert volgens de gebruikelijke (statistische) maatstaven. Wel neemt dit vereveningskenmerk de ondercompensatie van € 5.417 weg van de groep van circa 45.000 gebruikers van geriatrische revalidatiezorg in een voorgaand jaar. Hierdoor is deze groep niet langer voorspelbaar verliesgevend en verdwijnt dus de prikkel tot risicoselectie.

Alleenstaande ouderen (door SiRM)
Dit liep mee in het onderzoek naar verbetering van het vereveningskenmerk aard van het inkomen, sociaaleconomische status en personen per adres, dat in paragraaf 6 reeds is toegelicht.

Instroom in een institutioneel huishouden (door SiRM)
Dit liep eveneens mee in het onderzoek naar verbetering van het vereveningskenmerk aard van het inkomen, sociaaleconomische status en personen per adres, dat in paragraaf 6 reeds is toegelicht.

---

[1] Omdat dit onderzoek bedrijfsgevoelige informatie bevatte, is dit onderzoek niet besproken in de WOR en bevat de bijlage bij deze brief dus ook geen WOR-advies bij dit onderzoek.

Optimalisatie van de risicoverevening voor de geneeskundige en langdurige GGZ

Doorontwikkeling model geneeskundige GGZ en langdurige GGZ (twee onderzoeken door Ape)
Zoals al eerder in deze brief aangekondigd heb ik onderzoeken laten uitvoeren om te kunnen bepalen of er perspectief is op risicodragende uitvoering van de langdurige GGZ door verzekeraars. Er zijn twee onderzoeken gedaan naar de ontwikkeling van een model voor deze zorg. De resultaten tonen aan dat er een forse verbetering van de verevenende werking mogelijk is door een vereveningskenmerk op te nemen gebaseerd op gebruik van intramurale GGZ-zorg in het voorgaande jaar. Het voorspelbare verlies voor verzekerden die in het voorgaande jaar gebruik maken van intramurale GGZ, verdwijnt. De maximale compensatie die verzekeraars ontvangen (ca € 50.000) is niet toereikend voor een heel jaar intramurale opname, waarvan de kosten gemiddeld ongeveer € 90.000 bedragen. Dat betekent dat een zorgverzekeraar een prikkel houdt om verzekerden uit de intramurale GGZ te laten stromen. De keerzijde is dat de verzekeraar verlies maakt op de groep verzekerden die hogere kosten hebben dan de maximale compensatie, en winst maakt op de verzekerden die geen of lagere intramurale kosten hebben dan de maximale compensatie. Gemiddeld genomen zijn de verzekerden die gebruik maken van de langdurige GGZ in het betreffende jaar verlieslatend.

Ook het uitkeren van een forfaitair bedrag heeft potentie. Daarbij wordt een vast bedrag per verblijfsdag in het lopende jaar uitgekeerd, waardoor de verzekeraar geen risico loopt als het aantal gebruikers of de duur van het verblijf hoger (of lager) is dan voorspeld. Daarvan is de prikkel minder optimaal, omdat de verzekeraar geen prikkel heeft tot ambulantisering. Vanwege dataproblemen bij het eerste onderzoek, is een vervolgonderzoek op twee jaren uitgevoerd (kostengegevens 2012 en 2013).

Het eerste onderzoek analyseert daarnaast mogelijke samenhangen tussen geneeskundige GGZ en langdurige GGZ enerzijds en andere zorgkosten anderzijds. Ook is nagegaan of de geneeskundige GGZ kosten mee kunnen gaan in het somatische model (met toevoeging van de vereveningscriteria uit het geneeskundige GGZ-model). Uit de resultaten blijkt dat er samenhang is tussen gebruik van somatische zorg en de GGZ, maar dat de toegevoegde waarde van het samenvoegen van de risicovereveningsmodellen beperkt is.

Tegengaan prikkels risicoselectie

Buitenlandse seizoenarbeiders (door SEO)
In paragraaf 6 reeds toegelicht.

Gebruik van fysiotherapie in een voorgaand jaar (door iBMG)
Dit onderzoek bekijkt of een vereveningskenmerk gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie in een voorgaand jaar (vergoed vanuit het basispakket) het vereveningsresultaat van verzekerden met chronische aandoeningen kan verbeteren. Uit de resultaten blijkt dat uitbreiding van het somatische vereveningsmodel met een vereveningskenmerk gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie voor volwassenen in een voorgaand jaar de verevenende werking van het model licht verbetert. Belangrijker is dat hiermee de ondercompensatie van gemiddeld circa € 900 per verzekerde verdwijnt voor de 350.000 volwassen verzekerden die in het voorgaande jaar fysiotherapie gebruikten. Omdat fysiotherapie in het basispakket voor volwassenen alleen betrekking heeft op behandeling van chronische aandoeningen en voor zover het om meer dan 20 behandelingen gaat, wordt hiermee heel gericht de compensatie van verzekerden met chronisch aandoeningen verbeterd.

Hoge opleiding (door SiRM)
Dit liep mee in het onderzoek naar verbetering van het vereveningskenmerk aard van het inkomen, sociaaleconomische status en personen per adres dat in paragraaf 6 reeds is toegelicht.

Onderzoek in het kader van de jaarlijkse herijking van de risicovereveningsmodellen

Conversieonderzoek somatische kosten
Dit was aangekondigd in het eerdergenoemde SO "onderzoeken risicoverevening", maar er heeft uiteindelijk geen conversieonderzoek ten aanzien van de tarieven voor de medisch specialistische zorg plaatsgevonden. De prestaties over 2013 werden voldoende representatief bevonden voor de situatie 2016. Wel zijn de gedeclareerde prijzen vervangen worden door kostprijzen 2013, omdat de tot nu toe gedeclareerde prijzen nog kunnen worden gecorrigeerd als gevolg van lumpsumafspraken en aanneemsommen. Voor DBC-zorgproducten zal gebruik gemaakt worden van een kostprijzentabel (op basis van de update RZ13d) die DBC-Onderhoud heeft opgeleverd.

Conversieonderzoek kosten geneeskundige GGZ (door Zorginstituut Nederland)
Dit onderzoek gaat na in hoeverre de informatie betreffende de geneeskundige GGZ van 2013 op verzekerdenniveau representatief is voor de kosten in 2016 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdragen worden berekend). Voor zover dit niet het geval is, worden conversies uitgevoerd.

Conversieonderzoek voormalige AWBZ-zorg
Dit onderzoek gaat na in hoeverre de informatie betreffende de overgehevelde zorg (langdurige GGZ, verpleging en verzorging, geriatrische revalidatiezorg en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten) van 2013 op verzekerdenniveau representatief is voor de kosten in 2016 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdragen worden berekend). Uit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat de gegevens representatief zijn. Hiervoor zijn aanvullende bewerkingen uitgevoerd met betrekking tot de experimenten regelarme instellingen, extramuralisering, Wlz-geïndiceerden en thuiswonende verblijfsgeïndiceerden. De uitgevoerde bewerkingen hebben geleid tot representatieve gegevens voor de kosten wijkverpleging 2016.

Pre-Overall Toets; combinatie onderzoeken op data 2012 (door iBMG)
Dit betreft de integrale doorrekening van de verbeteringen in het somatische model. De belangrijkste resultaten heb ik in paragraaf 5 reeds toegelicht.

Normbedragen: Gegevensfase, Overall Toets en berekening normbedragen (door iBMG)
Dit onderzoek vindt deze zomer plaats op basis van de besluitvorming die nu is afgerond. Het onderzoek bestaat uit drie fasen. Allereerst worden de nieuwe gegevens gereed gemaakt. Vervolgens worden de nieuwe modellen geschat en als laatste worden normbedragen (die gepubliceerd moeten worden in de Regeling risicoverevening 2016) definitief berekend op basis van de macrobedragen uit de Begroting van VWS en de meest actuele raming van de verzekerdenaantallen.

Systematische evaluaties van het risicovereveningssysteem

Evaluatie afschaffing macronacalculatie (door KPMG)
Dit onderzoek heb ik op 6 mei 2015 aangeboden aan de Tweede Kamer. In mijn begeleidende brief ben ik uitgebreid ingegaan op de resultaten.[2]

Kwantitatieve analyse 2011 (door KPMG)
De kwaliteit van de risicoverevening wordt in principe jaarlijks gemonitord door middel van een kwantitatieve analyse. In de hierboven genoemde brief van 6 mei 2015 heb ik echter aangekondigd dat de definitieve vaststelling van de risicoverevening 2011 naar verwachting een jaar later plaatsvindt vanwege de problematiek met de jaarcijfers van ziekenhuizen. Als gevolg daarvan zal ik de kwantitatieve analyse over het jaar 2011 ook pas later kunnen laten uitvoeren en naar de Tweede Kamer sturen.

---

[2] Kamerstuk 32 620, nr. 156.